

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 82

Les Calculs Mûrifformes du Canal Cystique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Mars 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DAMAS

né à VALENCE (Drôme) le 4 Mai 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

LES CALCULS MURIFORMES
DU CANAL CYSTIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 82

Les Calculs Mûrifformes du Canal Cystique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Mars 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DAMAS

né à VALENCE (Drôme) le 4 Mai 1899.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire..... MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen J. LEPINE.
Assesseur ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.



PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X...
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM. NOGIER.	MM. COTTE.	MM. CORDIER (V.).	MM. MAZEL.
THEVENOT Léon.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FÈVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président ; PAVIOT, assesseur ;
DUROUX et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Professeur d'Anatomie Pathologique à la Faculté

AUX MEMBRES

DE MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage bénévole :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAROYENNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT

Ces premières lignes doivent être consacrées au Maître qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous faire l'honneur de la présider : M. le Professeur VILLARD.

Il a été pour nous un guide attentif et toujours bienveillant ; livré à nous-même, nous n'aurions pu établir ainsi notre essai.

Nous le prions de nous pardonner nos nombreuses visites égoïstes, qui troublèrent ses journées lourdes de soucis chirurgicaux.

Nous avons pour lui toute la reconnaissance due à ceux qui savent aider dans les moments difficiles et nous n'oublierons ni son accueil bienveillant, ni les heures que nous avons passées dans son service, lors de notre dernier semestre d'externat.

Nous tenons tout particulièrement à apporter à notre premier Maître médical, M. le Professeur PAVIOT, le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous remercions également ici tous ceux qui, dans le cours de nos études ou pour la rédaction de cet essai, nous ont témoigné quelque bienveillance.

LES CALCULS MURIFORMES DU CANAL CYSTIQUE

Introduction.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le Professeur Villard, quelques cas de lithiase biliaire bien particuliers.

Il s'agissait de malades ayant un passé de coliques hépatiques à répétition, dont l'aggravation progressive avait imposé de la façon la plus absolue l'intervention chirurgicale.

L'examen des pièces opératoires montrait une vésicule sans signes marqués de cholécystite, sans calculs ; par contre, le canal cystique était oblitéré par une ou plusieurs concrétions calculeuses.

Notre maître nous faisait remarquer que nous étions en présence d'une localisation spéciale de la lithiase.

Il insistait tout particulièrement sur les points suivants : Ces calculs étaient exactement situés dans le cystique et n'avaient rien de commun avec les gros calculs du bassinet.

Ils étaient petits, mûriformes, sans facettes, enclavés dans les valvules de Heister.

Ils retentissaient sur la vésicule, en donnant de la rétraction.

Ce sont ces cas limités que nous avons l'intention d'envisager ici.

Il est bien entendu que nous ne voulons pas étudier la lithiase cystique en général, une telle entreprise dépasserait de beaucoup et le cadre de cette étude et nos possibilités.

Il existe, en effet, dans la littérature médicale, un grand nombre d'observations mentionnant l'existence dans ce canal de concrétions calculeuses.

Mais ce sont des calculs à facettes et celles-ci permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une migration de calculs, au cours d'une lithiase vésiculaire.

L'association constante de lésions et de calculs de la vésicule ne permet pas de donner à ces cas une individualité anatomique et clinique, nous les éliminons d'emblée.

Nous éliminerons également les cas douteux où aucune précision n'est donnée sur l'état de la vésicule, la forme et la situation des calculs.

Nous étudierons donc les petits calculs mûriformes du cystique, enclavés dans les valvules de Heister.

Ils constituent une variété de la lithiase biliaire intéressante par les modifications anatomo-pathologiques qu'ils entraînent.

C'est en effet leur situation et leur enclavement qui déterminent leur aspect spécial et qui dominent la symptomatologie et l'évolution de l'effection.

Nous avons entrepris, d'après les observations qu'a bien voulu nous communiquer M. le Professeur Vilar, de reconstituer l'histoire anatomique et clinique de ces calculs.

Les observations nous paraissent suffisamment schématiques pour que l'on puisse donner à ce type la place à laquelle il a droit. Il s'agit cependant d'une affection relativement rare, mais les conséquences thérapeutiques qui en découlent légitiment cette étude qui, livrée à nos faibles ressources, ne doit avoir que la valeur modeste d'une « contribution ».

CHAPITRE PREMIER

Quelques points de l'Anatomie du Canal cystique.

Nous négligerons volontairement l'étude des rapports du cystique ; ils ont d'ailleurs fait l'objet de nombreuses descriptions classiques ; nous espérons seulement donner à la lithiasc du cystique une première individualité anatomique, en situant, de façon aussi précise que possible, l'aspect extérieur et la structure de ce canal.

Les voies biliaires.

Les conduits biliaires intra-hépatiques se résument en deux ou trois branches terminales, d'où naît dans la partie droite du sillon transverse du foie un canal unique : le canal hépatique. Celui-ci, après un trajet variable dans sa longueur (10 à 15 millimètres), mais toujours oblique en bas et un peu à gauche, rencontre un canal : le cystique, venu de la vésicule biliaire.

Les deux conduits restent accolés sur une longueur de 1 à 2 centimètres, puis sur 1 à 2 centimètres se fusionnent, avant de s'ouvrir l'un dans l'autre. Cet abouchement, situé à 1 centimètre environ au-dessus de la tête du pancréas, aboutit à un canal unique : le cholédoque.

Hépatique et cholédoque, situés dans le prolongement l'un de l'autre, forment ainsi la voie directe empruntée par la bile pour atteindre le duodénum : c'est la voie biliaire principale ou canal hépato-cholédoque.

Le Cystique.

Le cystique, branché sur elle, constitue la voie biliaire accessoire, dépendant de la vésicule, dont il est l'unique canal. La bile emmagasinée dans la vésicule, dans l'intervalle des périodes digestives, emprunte à nouveau le même canal pour s'écouler, quand la digestion intestinale commence.

Origine du canal cystique :

Bassinnet de la vésicule.

Peut-on, bien que la longueur du cystique, évaluée selon les auteurs à 33-45 millimètres (Testut), 20 à 50 millimètres (Gérard), 3 à 5 centimètres (Virenque), 3 cm 1/2 à 4 centimètres (Grégoire), fasse présumer sa variabilité, le délimiter anatomiquement par des repères fixes ?

Le passage du volume important de la vésicule au calibre réduit du cystique n'est pas brusque, la transition est faite par le col de la vésicule et le bassinnet de Broca.

Ce bassinnet vésiculaire se délimite extérieurement par deux sillons. En effet, le col coudé à angle aigu sur le corps vésiculaire s'infléchit dès sa naissance, « comme une cornemuse », ces inflexions constituent les sillons. Le premier sépare le col vésiculaire de l'origine du bassinnet. Le deuxième indique la terminaison du bassinnet et l'origine du cystique. La vésicule est donc séparée du canal par le bassinnet, qui se présente comme une petite poche, renflée sur son côté droit, étranglée symétriquement sur son côté gauche.

Le sillon terminal du bassinnet marque l'origine du cystique ; à son défaut, le rétrécissement signalé par Reynal, net et constant, selon Maurice Virenque, sépare de la façon la plus absolue le cystique, canal étroit, de cette poche renflée : le bassinnet.

Terminalson. .

Les divergences d'opinion sur la terminaison du canal tiennent à ce fait anatomique que nous avons déjà signalé : le cystique s'accrole d'abord à l'hépatique, suivant son côté droit : c'est l'embouchure apparente ; mais ne se fusionne avec lui que plus bas, à 1 centimètre au-dessus de la tête du pancréas : c'est l'embouchure réelle.

Complétons ceci par la notion suivante : le cystique peut suivre parfois la face postérieure de l'hépatique, ou, exceptionnellement, sa face antérieure.

Quoiqu'il en soit, une petite dilatation ampullaire (Puech) existe constamment à sa terminaison.

Trajet, direction, forme du canal.

Se dirigeant obliquement en bas, à gauche et un peu en arrière, le cystique décrit une courbe à concavité inféro-externe, avant de suivre un trajet parallèle à celui de l'hépatique. De forme très irrégulière, il est rarement cylindrique et ressemble assez souvent sur les pièces injectées, à un sablier.

Aussi, son calibre n'est-il pas partout le même ; en moyenne de 3 à 4 millimètres, il présente une partie plus étroite (2 millimètres). Ce rétrécissement est situé, selon les uns, à sa partie moyenne, selon les autres, près de son origine.

Configuration intérieure :

Valvules de Heister.

Si nous ouvrons le bassin et le canal cystique, nous constatons que l'aspect intérieur répond à l'aspect extérieur, précédemment décrit.

Le renflement que nous avons signalé sur le côté droit du bassin se traduit par une dépression large et arrondie : l'ampoule.

L'étranglement symétrique fait saillie à l'intérieur, sous la forme d'un éperon : le promontoire.

Le bassinnet est séparé de la vésicule par une valvule transversale ou oblique, retrécissant de la moitié ou même des trois quarts l'orifice de communication.

Les limites sont moins nettes du côté du canal cystique ; si parfois une première valvule de séparation se détache du promontoire et se porte en bas, à angle droit, le plus souvent, deux ou trois saillies irrégulières, détachées également du promontoire, servent de séparation entre le bassinnet, cavité, et le cystique, canal.

La deuxième valvule, décrite par Puech, sépare le cystique du cholédoque ; elle n'est pas constante.

Entre ces deux valvules s'étend le canal cystique.

Sa paroi n'est pas lisse, et cet aspect irrégulier s'accuse sur les pièces injectées ; il est dû à des formations constantes et toujours visibles : les valvules de Heister ; leur rôle physiologique est réduit, mais leur rôle pathologique est très important. Aussi, insistons-nous sur ce point, particulier au canal cystique.

Elles représentent les fragments d'une valvule spirale embryonnaire et la plupart d'entre elles sont situées dans la moitié supérieure du canal, la moitié inférieure en est parfois dépourvue.

Au nombre de cinq à vingt, elles ont une forme semi-lunaire ; leur bord libre flottant dans la cavité cystique ; elles s'inclinent ordinairement obliquement sur l'axe du conduit et occupent la moitié ou les deux tiers de son pourtour.

Toujours isolées, elles ne constituent pas par leur confluence la valvule unique « en vis d'Archimède »

que certains avaient voulu décrire. Elles forment une série d'échelon muqueux sur le trajet du canal qu'elles retrécissent, mais ne s'opposent en rien au passage de la bile.

Elles s'opposent cependant au cathétérisme du cystique, le rendant difficile ou impossible, arrêtant le stylet aussi bien que le ferait une valvule unique.

Elles s'opposent donc, à l'état pathologique, à la migration des calculs cystiques ; c'est dans ces valvules que le calcul s'enclavera. La contractilité des voies biliaires coïncera le calcul sur l'obstacle, au cours des efforts expulsifs ; l'accroissement du calcul, sur place, sera bridé par ces valvules, qui se laissent assez facilement distendre, mais difficilement franchir.

Nous voyons donc, d'après ces quelques lignes, que le canal cystique s'individualise nettement du bassinnet de Brôca qui le rattache à la vésicule.

Ce sont deux régions anatomiques distinctes ayant leurs repères extérieurs et intérieurs propres.

Il est facile dans la plupart des cas de préciser lors d'une intervention chirurgicale la situation d'un calcul qui peut siéger : soit à l'orifice du canal cystique dans le bassinnet ; soit dans le canal lui-même.

Nous nous refusons dès maintenant à faire entrer dans la lithiase du cystique telle que nous la comprenons les cas de calculs oblitérant l'entrée du canal, ce sont anatomiquement des calculs du bassinnet, nous verrons qu'ils ont leur symptomatologie propre.

Nous envisagerons donc les calculs situés dans le canal lui-même et nous pouvons dès maintenant prévoir qu'ils se rencontreront au niveau de la première portion de ce canal et qu'ils seront le plus souvent enclavés dans les valvules de Heister.

Nous verrons dans le cours de cet exposé si cette localisation anatomique précise répond à des manifestations cliniques décelables.

CHAPITRE II

Anatomie et Physiologie pathologique des calculs mûrifformes du Cystique.

I. — Le Calcul.

Les calculs biliaires peuvent être classés d'après leur forme en calculs à facettes, calculs lisses, calculs mûrifformes.

Les premiers sont les plus fréquents, pyramidaux ou cubiques ils sont toujours multiples et leurs facettes traduisent les pressions qu'ils subissent les uns des autres.

Les calculs lisses sont ordinairement plus gros que les précédents; ovoïdes, ils sont souvent moulés sur les canaux qui les contiennent, nous citerons comme exemple le type cholédocien en bout de cigare.

Les calculs mûrifformes nous arrêterons plus longuement, car les calculs du cystique affectent cette forme qui est souvent celle des calculs de canaux.

Pourquoi cet aspect particulier, hérissé d'aspérités ? Il est difficile de se prononcer, cependant il semble que des facteurs chimiques doivent intervenir. Les conditions locales où vit le calcul peuvent entraîner des différences de cristallisation qui se traduisent par des dépôts irréguliers de sels biliaires. Cette forme n'est donc pas spéciale au cystique, ces calculs, assez fréquents dans la vésicule, ne sont pas exceptionnels dans le cholédoque.

Fréquence.

Les voit-on souvent dans le canal cystique ?

Nous ne pouvons faire état, pour résoudre cette question, des statistiques fournies par les publications médicales. En effet les chiffres donnés sont très divergents, et de plus les résultats sont faussés par des interprétations trop larges. Il n'est pas tenu compte de la localisation du calcul, de sa forme, et l'on comprend sous la même dénomination de calculs du cystique, les calculs du bassinet et les calculs de migration à facettes.

Les calculs authentiques du cystique sont en réalité peu communs. Nous ne voulons pas donner des proportions exactes, et des chiffres, disons seulement pour fixer les idées que nous n'avons retrouvé, parmi les observations consultées, que les cas qui accompagnent cet essai. M. Villard les estime plus nombreux et pense que quelques-uns d'entre eux ont échappé au classement ou n'ont pas été recueillis.

Ils semblent cependant la manifestation la plus rare de la lithiase biliaire, et cette rareté du calcul mûriforme cystique est donc le premier point important que nous signalons.

L'étude de sa forme, de ses dimensions, de sa multiplicité, nous permettra de lui donner des caractères qui le différencieront des autres calculs mûriformes.

Aspect, forme.

Ils sont à peu près ovoïdes, mais leur surface n'est pas lisse. Elle n'a cependant pas de facettes, mais des saillies légères qui la hérissent par places, régulièrement comme une mûre d'où le nom de calculs mûriformes.

De coloration ocre jaune foncé, ou ocre clair, ils ont assez souvent un aspect marbré.

Dimensions.

Ils peuvent avoir toutes les grosseurs, mais dans des circonstances bien différentes. Les calculs du cholédoque ou de la vésicule peuvent être gros, comme une amande, comme une olive, les calculs du cystique sont toujours petits et ne dépassent généralement pas le volume d'une tête d'épingle de verre.

Multiplicité.

La lithiase du cystique ne comporte souvent qu'un seul calcul (Observations I, IV, V) quand ils sont multiples ils ne sont jamais très nombreux, trois à cinq au maximum (Observation VI).

Le calcul type du canal est donc petit, mûriforme, sans facettes, solitaire ou associé à deux ou trois calculs identiques.

Il n'a rien de commun avec les calculs habituels à facettes de la vésicule. La présence de l'un de ces derniers dans le cystique, suffit pour affirmer qu'il s'agit d'une migration à point de départ vésiculaire, la vésicule renfermant des calculs semblables.

Il est également différent du calcul enclavé du bassin (trop souvent désigné sous le nom de calcul du cystique) qui solitaire et sans facettes, parfois, est plus volumineux, plus régulier, ovoïde et lisse.

Il diffère enfin des calculs mûriformes de la vésicule ou du cholédoque par la petitesse constante de ses dimensions.

Siège du calcul :

Type mobile, type fixé.

A ces caractères s'ajoute une individualité de siège : ce calcul se rencontre dans le cystique, tel que nous l'avons délimité anatomiquement, et est enclavé dans les valvules de Heister.

Dès son apparition dans le canal il se heurte à ces formations valvulaires qui en occupent presque tout le pourtour, il les refoule ; de plus l'excitation locale de la sensibilité des voies biliaires par le calcul peut en l'immobilisant sur l'obstacle, par spasme, faciliter la création d'une loge aux dépens des valvules. C'est avec les parois de cette loge qu'il est en rapport immédiat, d'abord libre, il y conserve une certaine mobilité.

Cette mobilité peut rendre sa reconnaissance difficile, car il se dérobe aux doigts qui cherchent à l'atteindre à travers la paroi du canal cystique. Ses mouvements cependant restent toujours limités car il évolue dans un espace restreint.

Il ne réalise pas à cette période de l'oblitération complète. Celle-ci sera réalisée dans une seconde phase, les adhérences qu'il a contractées avec les parois de sa loge, font de lui un calcul enclavé, enchaîonné, formant bouchon oblitérant. Il ne pourra être mobilisé par des manœuvres extérieures exercées sur le canal. Cette palpation permet au chirurgien de sentir, un petit grain dur s'il est unique, ou un chapelet moniliforme, si plusieurs calculs occupent le canal. Dans ce cas les calculs se créent chacun leur loge indépendante et ne contractent de rapports avec leurs voisins que par l'intermédiaire de la paroi muqueuse de celle-ci.

Cet enclavement est la conséquence des réactions locales causées par le calcul, les formations inflammatoires complètent l'obstacle physiologique des valvules.

Retentissement local

et retentissement sur l'arbre biliaire.

Ces réactions restent cependant modérées ; le canal peut perdre sa minceur et sa souplesse habituelles et acquérir un certain degré d'épaississement.

On note de plus des phénomènes de péricholécystite qui, s'ils atteignent l'artère cystique, peuvent lui faire contracter des adhérences étroites avec le canal,

Si les adhérences restent discrètes elles ne se traduisent que par un empâtement du confluent qui rend plus délicat l'isolement opératoire du trépied hépatique.

A côté de ces réactions de voisinage immédiat, se place le retentissement de la lésion sur l'ensemble des voies biliaires.

Le cholédoque n'est pas atteint, il est libre et reste de calibre et de souplesse normaux.

Par contre la vésicule présente un aspect spécial. Il ne s'agit pas d'une cholécystite scléro-atrophique, car elle reste souple, sans signes macroscopiques de cholécystite, et conserve sa coloration bleuâtre physiologique. La seule modification notée est son peu de distension, elle est petite, atrophiée, vide.

Cet aspect répond à la forme schématique type ; mais n'est pas le seul rencontré ; il existe deux variantes : la première correspond à la distension vésiculaire, la seconde à la forme scléro-atrophique.

La distension offre des particularités qui permettent de l'isoler des distensions habituelles. On constate en effet à l'intervention qu'il s'agit d'une augmentation de volume moyenne, premier point qui la différencie de l'hydropisie véritable ; si l'on cherche à préciser le degré de cette tension, on s'aperçoit du deuxième point suivant : la vésicule n'a pas cet aspect tendu des mises en tension par un calcul du bassinet, elle est flasque et conserve sa souplesse. Les manœuvres dont elle est l'objet de la part du chirurgien, évacuent une partie de son liquide, ce qui démontre la persistance partielle de la perméabilité du cystique. De plus

cette flaccidité semble témoigner que la vésicule peut, à certains moments, subir des distensions plus grandes.

Cette forme est à rapprocher de l'hydropisie intermittente où le calcul mobile joue le rôle d'une soupape.

La forme scléro-atrophique se caractérise par l'intensité des phénomènes inflammatoires. La vésicule perd sa coloration normale et devient grisâtre ou blanchâtre. Ses parois sont très épaissies, elle est devenue une poche rigide qui lors de son ouverture ne revient pas sur elle-même.

Cet aspect a été souvent décrit et nous ne voulons pas retracer ici l'anatomie pathologique de la cholécystite scléro-atrophique et nous renvoyons aux travaux classiques de Pilliet, Delbecq, Cornil et Ranvier.

Nous signalerons cependant que ces lésions vésiculaires inflammatoires se traduisent par des lésions extrêmement marquées de péricholécystite : adhérences avec les organes voisins et tout particulièrement avec le côlon et le duodénum.

Nous venons de décrire brièvement ici l'aspect des lésions déterminées par la lithiase du cystique, mais nous n'avons pas envisagé le mécanisme de ces accidents.

Cette étude physio-pathologique suivra un plan identique et nous envisagerons les problèmes immédiats posés par le calcul avant d'étudier les causes de son retentissement vésiculaire.

II. — Physiologie pathologique des calculs du Cystique.

Origine des calculs.

Les calculs mûrifformes du cystique proviennent-ils de la vésicule, ou sont-ils nés sur place ?

S'ils viennent de la vésicule, il faut qu'ils aient migré dès leur naissance, une migration plus tardive amènerait en effet des calculs à facettes bien différents.

Cette différence de forme nous entraîne à discuter la possibilité de leur origine dans le cystique.

Les seuls calculs autochtones connus, signalés à titre de rareté dans la vésicule et le cystique, sont des calculs intrapariétaux et ne ressemblent pas aux calculs mûrifformes.

Reconnus par Morgagni, Maurice Peraire leur a consacré une étude dans la *Revue de Chirurgie* de 1903. Très petits, ils ont pour caractéristiques d'être enchatonnés dans des loges qui ne communiquent pas avec le canal.

On se trouve en présence d'un processus très spécial qui aboutit à des calculs très différents du type cystique.

La lithiase cystique autochtone, si elle existe, ne paraît pas relever de ce mécanisme, on peut soupçonner la possibilité de son existence en envisageant

le cas des cholécystites strowberry des auteurs américains, dont les lésions répondent pour Gosset à des dépôts sous-épithéliaux de cholestérine, points de départ possibles de calculs.

Hâtons-nous de dire que ces constatations ne sont pas universellement admises, qu'elles portent sur un nombre limité de vésicules et n'ont jamais concerné le cystique.

C'est dire qu'il est impossible de donner une réponse précise. Le mode et le lieu de formation des calculs cystiques mûrifomes sont inconnus, il est sage de ne se livrer qu'à des hypothèses modérées et d'envisager essentiellement leur destinée ultérieure.

Influence de la localisation anatomique sur la forme et les dimensions du calcul.

Leur situation dans le canal entraîne deux conséquences immédiates :

Isolés les uns des autres par des replis valvulaires ils n'auront pas les facettes témoins des pressions reçues.

Ils n'ont pas les conditions optima de développement et resteront petits.

Le cystique étant un canal étroit fort peu extensible, leur accroissement se trouve bridé par la paroi et par les valvules.

Un second élément intervient : la sclérose locale qu'ils déterminent ; celle-ci les transforme en calculs enclavés causant rapidement une oblitération complète ; le cours de la bile ne leur parvenant plus, leur

évolution se trouve arrêtée. Les plus gros calculs observés du cystique, représentant en somme la taille habituelle du calcul oblitérant qui ne s'accroît plus.

Ces conditions locales de développement s'opposent à celles du bassinet vésiculaire, soulignons ici cette nouvelle différence.

Un calcul du bassinet reste très longtemps mobile à l'intérieur de cette large cavité et la bile qui lui parvient lui permet de s'accroître ; quand son volume atteint celui de l'ampoule qui le renferme, il rencontre une paroi souple, extensible et peut augmenter encore de volume, il joue le rôle de calcul soupape jusqu'à l'oblitération tardive du canal.

Physiologie pathologique du retentissement de la lésion sur la vésicule.

De la structure anatomique du canal dépend l'évolution du calcul, de cette évolution dépend le retentissement sur la vésicule.

Celle-ci, nous l'avons vu, ne se distend pas et reste vide. Cette absence de distension est la conséquence de l'oblitération du canal, or les calculs mûrifomes donnent rapidement de l'oblitération complète.

Les résultats de cette occlusion sont ceux des expériences de ligature.

Mocquot a procédé chez le chien et le lapin à des ligatures du cystique ; celles-ci lui permettent de conclure dans sa thèse que la ligature détermine tout d'abord une distension muqueuse puis au bout d'un temps variable la rétraction et l'atrophie vésiculaire.

« La rétraction de la vésicule après ligature de son canal excréteur, conforme aux idées défendues par M. Pierre Delbet est en complet accord, écrit-il, avec ce que nous apprend la pathologie générale : la ligature simple du canal excréteur d'une glande entraîne l'atrophie de cette glande. »

Cependant certains faits ont pu paraître paradoxaux et ont été signalé par les auteurs ; ils peuvent se résumer dans cette phrase de Guéniot : « S'il est vrai que l'obstruction du cystique existe parfois sans être toujours nécessairement accompagnée d'hydropisie vésiculaire, par contre celle-ci n'existe jamais sans obstruction du canal cystique. »

Ce sont les calculs du bassinnet qui déterminent ces grandes distensions vésiculaires ; il y a en effet d'importantes différences mécaniques entre le calcul du cystique et celui qui s'appuie sur son orifice et n'occupe pas le trajet du canal, mais le bassinnet.

M. le Professeur Villard considère les calculs du bassinnet comme des calculs relativement mobiles, ne donnant pas pendant longtemps d'occlusion complète ; pour fixer les idées nous extraierons d'une compte rendu d'une intervention pratiquée dans son service le 21 mars 1911, les lignes suivantes : « La vésicule apparaît aussitôt, énorme, très épaissie. On la ponctionne et on retire 200 grammes environ d'un liquide limpide caractéristique de l'hydropisie vésiculaire. Le liquide évacué on sent un gros calcul au niveau du col de la vésicule. On décide de faire une cholécystectomie et celle-ci faite on constate la présence dans la vésicule d'un gros calcul mûriforme dont un des

pôles reposait sur l'embouchure du cystique faisant office de soupape. Sur la pièce d'ailleurs la perméabilité du cystique est évidente. »

L'hydropisie vésiculaire ne doit pas être considérée comme relevant d'une occlusion du cystique, mais d'une occlusion (qui peut être très longtemps incomplète) de l'embouchure du cystique par un calcul du bassinet ce qui a permis une distension progressive.

Les distensions que l'on observe dans la lithiase du cystique sont de nature bien différente.

Cette première variante de la forme atrophique type : la vésicule distendue flasque, dépend du facteur occlusion incomplète du canal, et réclame comme condition la mobilité du calcul.

Cette mobilité est également nécessaire dans l'hydropisie intermittente. M. Villard et M. Cotte décrivent ainsi ce dernier mécanisme : « Lorsque la bile refluit dans la vésicule, elle repoussait au-devant d'elle le calcul et celui-ci lui laissait libre passage. Lorsque, au contraire, les contractions des parois vésiculaires cherchaient à expulser la bile dans l'intestin, le calcul, en raison de la disposition infundibulaire du canal cystique, venait en oblitérer la lumière, s'opposant ainsi à l'évacuation de la bile. »

Lorsque les lésions se présentent sous la forme de cholécystite scléro-atrophique un autre facteur intervient : l'infection. L'occlusion complète du cystique transforme la vésicule en un organe que ne draine plus le cours incessant de la bile, les phénomènes infectieux peuvent acquérir ainsi une violence toute particulière.

A côté des lésions mêmes de la vésicule, des adhérences périvésiculaires, peuvent se rencontrer des complications infectieuses : la cholécystite suppurée ou l'ulcération du cystique.

Ces quelques pages nous montrent que le calcul mûriforme du cystique passe par une série de phases que l'on ne saurait individualiser en types anatomiques.

Primitivement mobile, il peut déterminer des crises d'hydropisie intermittente.

Selon la rapidité de l'enclavement et l'intensité des crises hydropiques, il aboutira à l'atrophie vésiculaire ou à la vésicule peu distendue flasque.

Si l'élément infectieux intervient l'atrophie ne reste pas pure, la cholécystite scléro-atrophique apparaît.

CHAPITRE III

Etude clinique.

La lithiase du cystique ne diffère pas beaucoup de la lithiase de la vésicule, ce n'est que par la modification de quelques symptômes que l'on peut la soupçonner.

D'une façon générale la lithiase cystique revêt le type de la lithiase vésiculaire, avec des crises de colique hépatique se rapportant à ce type.

De la colique vésiculaire.

Il est nécessaire avant tout de préciser la signification du terme colique vésiculaire, que certains auteurs rapportent à des manifestations précises.

La colique vésiculaire fut isolée par Gilbert et étudiée dans la thèse de son élève Parturier.

Elle se distinguerait de la colique hépatique par la répétition des crises douloureuses, ces crises se manifesteraient par des douleurs moins paroxystiques,

moins intenses mais plus durables ; par l'absence d'ictère, par l'absence de calculs dans les selles, et serait due à la présence dans la vésicule de gros calculs ou de calculs incapables de migrer.

Chauffard n'admet que sous réserves l'opinion de Gilbert, il ne conserve cette expression que pour désigner la colique hépatique sans ictère et fait remarquer que toutes les coliques hépatiques sont plus ou moins vésiculaires.

Nous ajouterons de nouvelles restrictions.

Le syndrome colique vésiculaire semble pouvoir être réalisé par des mécanismes pathologiques divers, l'absence de constatations opératoires ne permet pas une pathogénie unique.

Le syndrome est également discutable au point de vue clinique.

D'après M. le Professeur Villard, il n'est pas possible de reconnaître par les seuls caractères de la douleur si l'on est en présence d'une crise de colique hépatique vésiculaire ou canaliculaire. L'étude des à-côtés de la crise permet de résoudre le problème. Une crise sera vésiculaire lorsqu'elle ne comportera aucun des symptômes qui sont la caractéristique de la lithiase cholédocienne, c'est-à-dire si elle ne comporte pas d'ictère, pas d'élévation en clocher de la température, pas de signes de rétention biliaire occulte décelés par la décoloration intermittente des matières ou la présence abondante de pigments biliaires dans les urines. Parmi les caractères de la colique hépatique, ce sont ces caractères négatifs qui permettent seuls la différenciation.

C'est une histoire clinique de lithiase de la vésicule que nous retrouverons chez les malades atteints de lithiase du cystique.

I. — Etude clinique de la Lithiase cystique type.

Phase gastralgique.

L'interrogatoire nous permettra de constater la fréquence de la phase gastralgique de la préolithiase.

Ces troubles gastrique peuvent se manifester par une sensation de tension et de plénitude de l'épigastre, par de l'oppression une demi-heure à trois quarts d'heure après le repas, disparaissant parfois sous l'influence des vomissements.

Le fromages fermentés, les graisses, les œufs accusent ces troubles.

Dans nombre de cas le malade signale des malaises plus intenses : « des crampes d'estomac ». Ces dernières, sources d'erreurs, comprennent soit des malaises précoces, soit des malaises tardifs.

Précoces, ce sont des brûlures, des aigreurs, nettement localisées au niveau de l'estomac. Ces brûlures pénibles, très comparables à celles de l'ulcus, apparaissent dès la fin du repas et s'accompagnent de constriction épigastrique.

Tardives, ce sont des douleurs dues à la difficulté de l'évacuation gastrique, survenant par crises sous

forme de brûlures, d'aigreur, de gêne épigastrique, de paroxysmes douloureux accompagnés parfois de contractions expulsives.

Ces troubles gastriques appartiennent surtout à la période préolithiasique, peuvent disparaître entièrement et ne jamais se manifester à nouveau pendant dix, vingt ans, laissant des années de santé absolue avant l'éclosion des accidents hépatiques.

Ils peuvent au contraire persister jusqu'à l'apparition clinique de la lithiasé.

Apparition de la crise.

Celle-ci se manifeste brusquement, sans prodromes, par une crise que ne permet aucun doute. Signalons la possibilité classique, de son apparition pendant, au cours ou après une grossesse.

La crise ne survient jamais le matin à jeun, elle éclate de préférence dans les heures qui suivent le repas de midi ou celui de la soirée entre 3 et 5 heures de l'après-midi, entre 9 et 11 heures du soir, répondant ainsi avec parallélisme à la mise en tension des voies biliaires lors de la digestion intestinale.

Le symptôme le plus accusé de la crise est, sans contredit, la douleur qui en marque le début.

Siégeant au creux épigastrique, le malade la compare à une sensation de constriction, de crampe, d'écrasement épigastrique et prévertébral; son intensité est telle qu'elle peut entraîner de l'état syncopal.

Les exacerbations paroxystiques qu'elle subit peuvent arracher au malade des cris de douleurs, provoquer un état d'anxiété ou d'agitation extrême.

Elle ne reste pas localisée et s'irradie vers l'étage sus-ombilical vers l'angle de l'omoplate ou vers l'épaule droite.

Cette douleur constitue la traduction constante de la crise, qui comprend fréquemment des vomissements soit alimentaires, soit bilieux.

Elle a pour caractères importants de ne pas s'accompagner de fièvre, on ne note également pas d'ictère, cela dans les cas types.

Pendant plusieurs années ou plusieurs mois l'affection reste à cette phase de crises typiques, plus ou moins fréquentes, entrecoupées de crises larvées où l'élément douloureux est atténué et ne se manifeste que sous la forme de crampes ou de sensation de barre épigastrique.

Les malades, qui ont généralement consulté un médecin, sont soumis à un traitement médical, font un ou plusieurs séjours à Vichy. Ils ont à cette période des semaines ou des mois de calme qui leur permettent une existence presque normale.

Mais après cette sédation temporaire, les crises ne tardent pas à réapparaître, deviennent de plus en plus fréquentes ; augmentent d'intensité, de durée et se rapprochent.

Elles sont maintenant très nettement influencées par l'alimentation, les malades soumis cependant à un régime sévère, s'alimentent d'une façon insuffisante redoutent le déclenchement d'une crise et en arrivent à ne tolérer que les liquides.

Le retentissement sur l'état général commence à apparaître. L'amaigrissement peut dans certains cas

être très marqué, la malade de l'observation V avait maigri de 20 kilos en un an.

La perte de forces qui suit cette insuffisance alimentaire, la répétition épuisante des crises peuvent condamner au repos au lit ; dans les cas moins accusés, le malade est contraint à modifier son existence qu'il ne peut continuer à mener de façon normale.

La tableau clinique que nous venons de tracer n'est caractéristique que d'une lithiasé biliaire à localisation vésiculaire.

L'analyse des symptômes et l'examen du malade apportent des constatations qui font songer à la lithiasé cystique :

1° Si nous palpons la région hépatique nous constatons que la recherche de la vésicule biliaire est négative ; on note seulement au moment des crises un peu de sensibilité sous-hépatique ; en dehors des crises on ne sent pas la vésicule et on ne réveille que peu de douleur, principalement au niveau du point cystique.

Cette palpation nous apprend encore que le foie n'est pas augmenté de volume.

2° Pendant la crise la température reste normale.

3° La violence des accidents douloureux est extrême ; le début très brusque, l'acuité de la douleur qui s'accompagne de contractures de la paroi, la présence de phénomènes réflexes très marqués, de vomissements doivent être pris en considération.

4° Le dernier caractère spécial est fourni par l'analyse de la marche de l'affection ; les crises surviennent en séries ; d'abord séparées par des intervalles de plusieurs semaines ou mois, elles se répètent tous les huit ou quinze jours ; puis les malades presque lors de chaque repas, et cela presque tous les jours voient apparaître soit de grandes crises typiques, soit des crises larvées. Ces dernières sont suffisamment menaçantes chez un malade déjà averti, pour leur interdire tout écart de régime et pour accroître l'appréhension que leur cause la nécessité de s'alimenter.

La lithiase de la vésicule ordinaire se manifeste le plus habituellement par des crises moins violentes ; les calculs vésiculaires à facettes ont une forme qui les prédispose mal à constituer de l'oblitération complète ; ils sont également souvent plus gros et nous savons que ce sont les calculs les plus volumineux qui sont le mieux tolérés et le plus silencieux.

Enfin dans la lithiase vésiculaire, l'augmentation perceptible de la vésicule est un signe de grande valeur.

Si nous résumons ce tableau clinique des particularités de la localisation calculeuse cystique nous dirons qu'il est caractérisé par l'intensité des phénomènes douloureux contrastant avec l'absence de signes locaux, la non perception de la vésicule, l'absence de la fièvre et de l'ictère.

II. — Variantes cliniques.

Mais cette formule appartient à la forme typique et des variantes peuvent être observées et sont sous la dépendance du facteur mécanique ou du facteur infectieux.

La première est représentée cliniquement par l'hydropisie intermittente.

L'hydropisie intermittente.

Nous serons bref sur cette forme et nous résumerons ses principaux caractères, renvoyant à l'article classique de MM. Villard et Cotte.

L'hydropisie intermittente se manifeste par des crises survenant plus ou moins régulièrement à des intervalles plus ou moins rapprochés et séparées par des périodes d'accalmie.

La crise se caractérise par les symptômes suivants :

1° Une douleur très violente de l'hypocondre droit, avec sensation de tension douloureuse ;

2° La constatation, parfois par le malade, le plus souvent par le médecin, d'une vésicule distendue, douloureuse ;

3° La disparition en deux ou trois heures des douleurs et de la distension vésiculaire ;

4° La vésicule n'est pas perçue, si l'on examine le malade en dehors des crises.

Rappelons que ce syndrome peut être réalisé par des condures du cystique, ou même par des modifications de la fluidité biliaire, il est plus rarement déterminé par la lithiase. Le calcul soupape du bassinet peut le déterminer, mais également le petit calcul mûriforme du cystique, l'observation I en est un bel exemple. La vésicule était normale à la première intervention, si normale que l'opportunité d'une cholécystotomie ne s'imposait pas. Lors de la deuxième intervention, que la persistance des crises avait rendu nécessaire, ce n'est que par une cholécystotomie que fut découvert l'unique et très petit calcul mûriforme du cystique, cause des accidents, puisque son ablation eut pour conséquence une guérison complète.

Cholécystites subaiguës.

La deuxième variante est réalisée par l'élément infection.

Il entraîne des poussées de cholécystite ; ces manifestations se traduisent rarement par des phénomènes aigus, le plus souvent elles affectent le type subaigu, mais sont suffisantes pour faire apparaître le symptôme fièvre ; celle-ci n'est jamais très marquée, est intermittente et irrégulière, à petites oscillations ; de plus la vésicule peut être distendue.

Formes ictériques.

Dans quelques observations un léger ictère est noté; il ne réalise presque jamais le type ictère franc par rétention, c'est un subictère qu'il faut savoir rechercher, car il peut être fugace.

Cet ictère exceptionnel dans la lithiase type demande à être interprété.

Le voisinage immédiat de la dernière portion du cystique avec la voie biliaire principale, peut, si les calculs s'y rencontrent, faire expliquer l'ictère par une inflammation péricholédocienne.

M. Villard admettrait plus facilement un deuxième mécanisme ; la possibilité d'une élimination de calculs de cystique n'est pas à rejeter. Ceux-ci très petits, passeraient facilement et vite dans le cholédoque, en ne donnant qu'un court orage cholédocien.

Certaines observations témoignent de la réalité de cette évacuation calculeuse, qui amène souvent une rémission de plusieurs mois des symptômes douloureux.

La malade de l'observation VI eut une crise extrêmement violente, la plus marquée de toutes, suivie d'un léger ictère, qui provoqua deux mois et demi de calme complet.

Cette interprétation cholédocienne de l'ictère n'est pas toujours facile à comprendre cependant.

La malade de l'observation III était entrée à l'hôpital avec les signes d'un ictère par rétention remontant à un mois. L'intervention chirurgicale ne découvrit qu'une lithiase cystique.

L'aspect infecté de la bile, la température à 38° pouvaient amener à discuter la nature peut-être angiocholitique de l'ictère. Il faut être sobre de cette dernière interprétation qui satisfait beaucoup moins l'esprit que l'hypothèse d'une oblitération passagère du cholédoque par évacuation calculeuse.

Toutes ces variantes peuvent donc comporter des symptômes complexes, sources d'erreurs, pour nous guider et reconnaître la forme type nous la résumerons dans cette phrase :

« La lithiase du cystique se traduit par des crises violentes à répétition, sans symptômes locaux. »

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Il est fort difficile de reconnaître la lithiasc cystique, il faut savoir y penser et ne pas s'attendre à rencontrer toujours la forme pure qui à servi de base à notre description clinique.

Le diagnostic pivote autour du symptôme douleur, les malades vont consulter un médecin pour des crises douloureuses.

Deux problèmes se posent d'emblée :

1° La crise douloureuse est-elle lithiasique ?

2° Si la lithiasc biliaire est en cause est-il possible d'attribuer la crise à un calcul du cystique ?

I. — La crise est-elle lithiasique ?

Toutes les crises douloureuses abdominales doivent être passées en revue, nous insisterons sur certains point particulièrement importants.

La colique néphrétique comporte des modifications urinaires : pollakiurie, urines rares, foncées, uratiques, mais ces phénomènes peuvent également s'observer dans la colique hépatique, aussi en l'absence de l'hématurie, c'est l'analyse de l'élément douleur qui importe.

Nous l'avons vue caractérisée par M. Villard dans son service par les schémas suivants :

Les douleurs de la colique néphrétique sont à point de départ lombaire, elles sont sous-ombilicales et sont d'irradiation descendante obliquement en bas et en dedans.

Ces irradiations se font vers la vessie, le canal inguinal, le canal crural.

Les crises de colique hépatique ont un point de départ épigastrique et non pas vésiculaire, elles sont sus-ombilicales et sous-xiphoïdiennes et se dirigent, obliquement ascendantes, en dehors, en haut et en arrière. Leurs irradiations sont sous-costales droites, interscapulaires droites, scapulaires droites. En avant elles s'irradient le long des phéniques, comme l'ont signalé MM. Tripier et Paviot, et l'on réveille parfois un point douloureux à la pression entre les chefs du sterno-cleido mastoïdien, au voisinage de leur insertion inférieure.

Les crises gastriques du tabès, faciles à reconnaître chez un ataxique avéré, sont souvent masquées et peuvent se rencontrer à la période préataxique. On attachera une importance diagnostique spéciale à la bilatéralité des douleurs, à l'absence de vomissements, à

la coexistence possible d'autres crises viscérales. L'abolition des réflexes rotuliens, le signe d'Argyll, le signe de Romberg lèveront tous les doutes.

Il est beaucoup plus difficile de reconnaître les crises dépendant d'une affection organique de l'estomac, confusion facilitée par les antécédents digestifs lointains de la plupart des hépatiques. Avant de dire : lithiasé biliaire, il faut avoir éliminé l'*ulcère juxta-pylorique ou duodénal*.

Les manifestations douloureuses antérieures à la crise hépatique, la crise elle-même, ne sont pas toujours caractéristique et ne se différencient parfois que par des nuances des signes l'ulcus.

Cependant le syndrome douloureux de l'ulcus est de type tardif : à horaire fixe, le matin vers 11 heures, l'après-midi vers 5 heures, la nuit vers 1 heure.

Les douleurs de la lithiasé sont en général plus capricieuses, la crise matinale est rare, et il n'y a souvent qu'une crise par 24 heures.

Les caractères de la douleur sont à considérer : les brûlures nettes, la faim impérieuse se voient surtout dans les ulcères.

L'intensité est grande dans les deux cas ; la localisation n'est souvent pas caractéristique, l'ulcus duodénal en particulier donne un point douloureux fixe impossible à distinguer cliniquement du point vésiculaire.

Les irradiations de la douleur sont précieuses ; si elles se font vers l'épaule droite ou vers la pointe de l'omoplate la lithiasé est vraisemblable.

La recherche des hémorragies dans les selles doit toujours être pratiquée dans les cas difficiles, mais elles n'ont pas dans l'ulcère duodénal la constance que leur attribuait Buquoy et, de plus, Chauffard a signalé la possibilité d'hémorragies intestinales au cours de la lithiasie.

Pour différencier l'ulcus des manifestations de la lithiasie M. le Professeur Villard attache une grande importance à l'analyse de l'élément douleur et aux caractères de la crise.

Les gastriques souffrent en général à jeun et sont soulagés temporairement par les aliments, rien de tel habituellement chez les biliaires. Ces nuances sont moins évidentes cependant que la progression des périodes douloureuses. La crise d'origine lithiasique est toujours essentiellement irrégulière dans son apparition, elle peut apparaître brusquement un jour et ne pas se renouveler le lendemain. La crise prochaine pourra au contraire persister deux à trois jours de suite.

Il est impossible de prévoir son retour ou sa durée, après une crise violente, le malade restera six mois parfois ou plus sans souffrir.

La crise relevant d'un ulcère gastrique est régulière, journalière, elle apparaît pendant des semaines à la même heure ; s'installe peu à peu, par périodes souvent de plusieurs semaines, avant d'arriver à la phase maxima ; celle-ci atteinte, une période d'état plus ou moins longue se constitue, puis, la crise diminue lentement en plusieurs semaines.

Nous avons souvent entendu notre maître traduire au lit du malade ces données cliniques par cette formule : « Si l'on pouvait inscrire sur une courbe d'esthésiométrie l'intensité de la douleur dans la colique hépatique et dans l'ulcère gastrique, la courbe de la lithiase serait une courbe de clochers très aigus, très irréguliers dans leur apparition, celle de l'ulcère gastrique serait marquée d'une façon schématique par de longues ondulations. »

Ce rythme dépend des alternatives d'aggravation et de rémission de l'ulcère, lésion anatomique fixe qui ne peut évoluer brusquement.

Dans la colique hépatique la pathogénie de la lithiase nous fait comprendre cette allure désordonnée et paroxystique des crises, le calcul entraîne des lésions d'ordre mécanique dépendant de sa position essentiellement modifiable.

Pour ne pas passer sous silence les plus récents moyens d'investigation, nous consacrerons quelques lignes au radiodiagnostic de la lithiase.

Les calculs ordinaires sont fort rarement visibles à l'écran et ne sont pas toujours également visibles sur la plaque ; les calculs du cystique étant peu nombreux et de fort petite taille il nous paraît impossible de les déceler par les moyens radiographiques.

La recherche des points douloureux sous le contrôle radioscopique est plus importante, mais reste d'une interprétation très délicate.

Il en est de même des syndromes radiologiques gastriques : le syndrome pylorique, le syndrome de Barklay (hyperkinésie gastrique et évacuation initiale

accélérée avec petit estomac hypertonique, c'est un syndrome d'ulcus duodénal), le syndrome de Holzknecht (réplétion duodénale durable avec dilatation du bulbe, avec ou sans péristaltisme visible, c'est un syndrome de sténose duodénale par ulcus) peuvent être réalisés par la lithiase biliaire par spasme réflexe ou par péricholécystite.

Guy Laroche et G. Ronneaux estiment que dans 30 à 35 % des cas le résultat radiographique est positif et « qu'un examen négatif en matière de radiologie vésiculaire ne doit pas à lui seul faire modifier un diagnostic clinique ».

Ce n'est donc pas un seul symptôme, mais c'est l'analyse minutieuse de ceux-ci et du caractère des crises qui entraîne la conviction clinique et font pencher soit vers la cholécystite, soit vers l'ulcère.

II. — La crise lithiasique relève-t-elle d'un calcul cystique ?

Les crises douloureuses abdominales éliminées, le diagnostic de lithiase biliaire posé, est-il possible de préciser le problème d'aboutir à une diagnostic de localisation ?

On peut éliminer assez aisément la *lithiase cholédocienne*, la succession de crises avec « une série de trois clochers d'apparition successive et dans cet ordre: douleur, puis quelques heures après poussée thermique ; enfin ictère, un ou deux jours plus tard » (Professeur Villard) est significative.

Ce n'est que très exceptionnellement que la lithiase cystique comporte des manifestations d'ictère chronique par rétention. Nous avons déjà envisagé son interprétation dans le chapitre précédent.

Nous rapprocherons le cas de l'observation III des cas de lithiase cholédocienne diagnostiqués cliniquement qui ne présentent aucun calcul à l'intervention.

Il ne s'agit pas d'un calcul du cholédoque, nous nous sommes arrêtés au diagnostic de *lithiase vésiculaire*, pouvons-nous espérer l'isoler de la lithiase cystique ? Schwartz écrit : « En compulsant les nombreux faits publiés et ce que dans notre sphère très modeste, nous avons pu observer, il nous semble qu'il est impossible cliniquement de dissocier la lithiase de la vésicule de celle du cystique. »

Diagnostic de la forme typique.

On peut songer cependant à la forme typique de la *lithiase cystique*, si les éléments du tableau que nous avons décrit se manifestent de façon nette. S'il n'y a pas de signes de distension de la vésicule, ou s'il n'y a pas de variations de son volume à longue échéance ; s'il n'y a pas de retentissement fébrile, s'il y a intensité des phénomènes douloureux. Si les crises d'abord espacées, ont abouti à une période de crises subintrantes presque continuelles créant un « état de mal biliaire ». Néanmoins le diagnostic ne sera jamais qu'un diagnostic de probabilité.

La formule est : il est possible de soupçonner la lithiase cystique, il est impossible de l'affirmer.

Diagnostic des variantes de la forme typique.

Cette difficulté est encore accrue par l'existence des variantes cliniques.

L'hydropisie intermittente est rare, un seul fait est pathognomonique, la constatation d'une distension vésiculaire disparaissant en quelques heures. Cette vésicule demande pour être reconnue une palpation attentive et doit être distinguée du rein. Le rein flottant, l'hydronéphrose intermittente surtout, sont souvent très difficiles à éliminer. La zone antérieure de sonorité colique malaisée à apprécier, le ballottement rénal qui peut se transmettre à une vésicule, sont des symptômes infidèles.

La vésicule sera soupçonnée s'il s'agit d'une tumeur régulière piriforme se continuant avec la limite inférieure du foie et suivant les mouvements respiratoires.

Elle sera affirmée si l'histoire clinique concorde avec les données de la palpation et surtout si l'on peut percevoir le rein.

Il faudra également savoir que des distensions inflammatoires peuvent survenir dans des vésicules fermées, c'est ainsi qu'une hydropisie de la vésicule avec infection atténuée peut doubler de volume sans qu'il s'agisse pour cela d'hydropisie intermittente. On les isolera par le facteur durée, s'il s'agit de phénomènes infectieux plusieurs jours sont nécessaires pour réaliser cette augmentation et non quelques heures.

Le diagnostic des autres variété de la lithiase cystique est à peu près impossible, les formes de cholé-

cystite chronique avec infection atténuée seront presque fatalement méconnues.

L'on doit faire des réserves aussi grandes sur les cas qui se manifestent par du subictère.

Pour que l'on puisse envisager la possibilité du diagnostic il faut au moins avoir à faire à une forme pure.

La lithiase du cystique nous apparaît surtout comme une modalité anatomo-pathologique, ses réactions cliniques sont trop difficiles à préciser pour que l'on soit autorisé à porter un diagnostic de certitude.

CHAPITRE V

Traitement.

Lorsque l'intensité des crises rend au malade la vie impossible, lorsque l'état général est atteint par défaut d'alimentation, c'est au traitement chirurgical qu'il faut avoir recours. Il n'est aucun traitement médical susceptible de dissoudre ou d'expulser les calculs.

Le traitement doit réaliser l'ablation de la concrétion calculeuse.

Choix du procédé opératoire.

Si cliniquement la lithiase cystique n'avait pas d'individualité, elle avait toujours eu une individualité chirurgicale ; bien que ne concernant pas toujours la lithiase vraie de ce canal certains procédés opératoires préconisés autrefois, seront cités par nous à titre rétrospectif.

Les procédés opératoires rentrent dans les trois groupes suivants :

- 1^o Taille de la vésicule : cholécystotomie ;
- 2^o Taille du cystique : cysticotomie ;
- 3^o Ablation en masse de la vésicule et du cystique : cholécystectomie.

1^o **Cholécystostomie.**

Cette opération paraît au premier abord séduisante, c'est en effet une intervention simple, autrefois la moins redoutée des interventions hépatiques. Mais deux raisons fort importantes la contraindiquent en cas de lithiasc cystique.

Il est tout d'abord fréquent de ne pas pouvoir extraire le calcul, profondément enclavé dans les valvules; nous résumerons une observation de Schwartz dans la thèse de Jacomet, particulièrement démonstrative de cette insuffisance de la cholécystotomie.

Une première intervention en novembre 1899 fit découvrir une vésicule petite et saine, contenant un calcul ; après extraction de ce dernier une cholécystotomie idéale fut pratiquée et n'amena aucun soulagement clinique.

Devant la persistance des crises quotidiennes très violentes de colique hépatique, une nouvelle intervention fut décidée quinze jours après. La vésicule était adhérente, sans calculs, on fit une cholécystostomie. Dix jours après un calcul du volume d'un pois était retiré par la fistule, il ne s'écoulait pas de bile

par celle-ci et l'on reconnaît que le cystique était obstrué par un calcul impossible à extraire. Jusqu'au 3 janvier aucun écoulement biliaire, la malade eut des crises tous les jours et sortit de l'hôpital le 27 janvier, sans fistule, mais avec les mêmes symptômes qu'à l'entrée.

Le refoulement, par massage rétrograde du calcul, dans une vésicule préalablement cholécystotomisée ne saurait parer dans tous les cas à cette impossibilité d'atteindre la lésion, il est très souvent non réalisable.

De même la cysticolithotripsie, proposée autrefois par certains, apparaît infiniment barbare, et ces broiements aveugles du calcul, dans un canal assez fragile ne répondent plus aux conceptions chirurgicales modernes. Ces contrindications immédiates de la cholécystostomie ne sont pas les seules, ses conséquences éloignées sont à envisager. Le calcul détermine des lésions locales qui peuvent aboutir à une sténose du cystique. Celle-ci peut entraîner après cholécystostomie la persistance de la fistule opératoire ; l'écoulement biliaire de plus ne s'établit pas, le cystique n'étant pas libre, et cette fistule muqueuse persistante, imposera une opération complémentaire : la cholécystectomie.

2^o **Cysticotomie.**

Ces difficultés entraînèrent les chirurgiens à préconiser une intervention qui a longtemps connue une vogue aujourd'hui perdue : la cysticotomie.

Elle consiste à inciser le canal cystique au niveau du calcul, à extraire celui-ci par cette voie ; on laisse l'incision ouverte, sans sutures, et on la draine à l'extérieur ; cette opération comprend de nombreuses variantes. Lindner (1891) l'avait pratiquée mais combinée à la cholécystectomie.

C'est donc Kehr (1892) qui fit la première cysticotomie typique sans cholécystectomie — une cholécystostomie avait été pratiquée quelque temps auparavant.

Les chirurgiens pouvaient avoir recours aux procédés suivants :

Cholécystostomie suivie de cysticotomie avec suture immédiate ;

Cysticotomie avec drainage et sans suture, sans cholécystostomie ;

Cysticotomie avec suture immédiate sans drainage ni cholécystostomie ;

La cysticotomie par incision de proche en proche de Delagennière.

La première intervention pouvait donner des succès, la dérivation de la cholécystostomie, permettant à la suture du cystique de tenir. C'est cette technique qui fut suivie chez le malade de l'observation II.

La cysticotomie avec suture immédiate sans drainage ni cholécystostomie était à rejeter formellement, elle exposait à des complications mortelles.

Delagennière avait préconisé en 1899 la cysticotomie par incision de proche en proche. La vésicule était vidée par ponction et l'on faisait une cholécystotomie du fond de la vésicule. Cette incision était

prolongée en haut et en dedans le long de son bord gauche et continuée sur le col de la vésicule et sur le canal cystique, le long de sa face inférieure jusqu'au calcul. Celui-ci extrait on suturait les voies biliaires par un surjet à un seul plan, muqueuse non comprise, un drain placé dans le canal, et retiré progressivement. On laissait au niveau du fond de la vésicule une ouverture que l'on abouchait à la paroi.

Cette technique était nécessitée par les conditions opératoires anciennes, l'extériorisation des organes ne facilitait pas aux chirurgiens des manœuvres qui se passaient uniquement dans la profondeur.

Ce procédé fut beaucoup moins employé que la cysticotomie vraie, qui était fréquente.

Elle réclamait comme condition indispensable une intégrité relative de la vésicule, et exposait à des complications immédiates et tardives.

Les statistiques de la clinique d'Heidelberg (Czerny) de 1898 à 1901 comportent sur onze cas de cholécystostomie avec cysticotomie, deux cas de mort (l'un d'eux par perforation du cystique).

La mortalité immédiate était à envisager.

C'était une opération difficile, nous citerons cette phrase de Jaboulay dans ses cliniques chirurgicales de 1904 : « La cysticotomie est une opération souvent difficile, il faut travailler à une grande profondeur, sur une région très vascularisée. »

De plus les suites opératoires étaient troublées par la possibilité de fistules du cystique ou de fistules persistantes de la vésicule, ou même de rétrécissements cystiques.

3^e **Cholecystectomie.**

La cholécystectomie a progressivement rallié tous les suffrages.

Kehr a abandonné la cysticotomie qui lui avait cependant donné des succès et lui préfère la cholécystectomie.

Garrié, en 1888, fit une cysticotomie avec suture pour calcul enchatonné du cystique, mais reconnaît en 1906 qu'il choisirait dans un cas analogue la cholécystectomie.

E. R. Mc Guire déclare, en 1920, qu'un calcul du cystique impose l'ablation de la vésicule. Hartmann, dans sa *Chirurgie des Voies biliaires*, écrit : « S'il existe un calcul encastré dans le cystique, il ne faut pas s'obstiner à le déloger avec une curette, encore moins faire une cysticotomie interne aveugle, il faut inciser le cystique de dehors en dedans, enlever le calcul, puis suturer la petite incision, combinant à la cholécystotomie une cysticotomie. Nous avons agi ainsi au début de notre pratique de la chirurgie biliaire, actuellement nous ne recourons plus à de pareilles interventions faisant toujours dans ce cas la cholécystectomie. »

Nous considérerons la cholécystectomie comme l'opération idéale en matière de lithiase cystique, et parmi les procédés opératoires nous retiendrons la cholécystectomie rétrograde. Celle-ci n'a pas les inconvénients de la cholécystectomie du fond vers le col qui peut parfois amener et couder la voie principale au cours des manœuvres et l'exposer à des blessures.

Elle permet de mieux isoler le cystique, d'avoir une hémostase plus rapide et plus facile des artères vésiculaires et de décoller avec plus de sûreté la vésicule.

Le premier argument en faveur de la cholécystectomie est donc un argument opératoire, les manœuvres sont encore facilitées par l'état des organes. Le plus souvent il s'agit de lésions non infectieuses, la libération du cystique est aisément réalisé et cela sans grand traumatisme.

La cholécystectomie est en effet devenue une opération bénigne, les statistiques des frères Mayo évaluent la mortalité à 1,8 p. 100.

On obtiendra par elle une guérison définitive et rapide, plus rapide notamment qu'à la suite de la cholécystostomie qui s'accompagne parfois de fistules lentes à tarir.

Elle sera plus sûre et plus facile à réaliser qu'une taille du cystique qui pourrait laisser après elle des lésions cicatricielles du canal nécessitant parfois une cholécystectomie secondaire.

Elle est de beaucoup supérieure à la cysticotomie de proche en proche de Delagennière, qui correspondait à une époque chirurgicale où l'on n'extériorisait pas le foie.

Le dernier argument, de grande valeur si l'on consulte les observations de lithiasse cystique, consiste en la sûreté de ses résultats.

Il est en effet des calculs du cystique (observations I, V) impossibles à percevoir au cours de l'intervention.

La vésicule est alors enlevée parce qu'il y a des accidents vésiculaires d'origine incertaine, il peut arriver que l'on ait la bonne fortune en examinant la pièce opératoire de découvrir dans le cystique le petit calcul non perçu, cause des accidents.

Seule, peut-être, la variété hydropisie intermittente demande à être envisagée avec moins de rigueur.

Il est des cas où la simple cholécystostomie (observation I) amena une guérison définitive, mais ce sont là des déterminations à prendre, en pleine période opératoire, selon les circonstances.

Nous pouvons donc conclure en disant que le traitement de choix de la lithiase du cystique est la cholécystectomie rétrograde, c'est à elle que M. Villard a eu recours chez les malades des observations III, IV, V, VI.

Elle amène en effet une guérison plus rapide, un résultat plus certain que tout autre procédé et cela avec le minimum de risques.

Observations.

OBSERVATION I

(*Observation n° 1 de l'article de M. le Professeur VILLARD et de M. G. COTTE : De l'hydropisie intermittente de la vésicule par oblitération du canal cystique.*) (Résumée.)

Mme B... observée par le Docteur Branche depuis plusieurs années.

Pas d'antécédents. Trois grossesses ayant évolué normalement.

Histoire de l'affection. — Crise douloureuse (1900) épigastrique, sans ictère et suivie pendant trois mois de pesanteur à l'épigastre après les repas.

Nouvelle crise deux ans plus tard (1902), la nuit, identique à la première, mais avec vomissements, durant trois à quatre heures.

Depuis cette date répétition des crises qui surviennent tous les cinq ou six mois et se rapprochent de plus en plus.

En 1903, le Docteur Branche peut assister à une crise : la malade souffrait horriblement et avait des nausées pénibles, on constatait occupant toute la région de l'hypocondre droit une tuméfaction allongée qui présentait tous les caractères d'une vésicule biliaire très distendue et descendait à 12 ou 15 centimètres au-dessous des fausses côtes. Cette vésicule était soumise à des alternatives de tension (les douleurs subissaient une recrudescence) et de relâchement lent et progressif (les douleurs diminuaient) perçues à la palpation, on notait de plus des contractions pyloriques visibles.

Ces phénomènes disparurent en une heure et furent suivis d'un subictère fugace et d'une certaine sensibilité vésiculaire.

Un mois et demi après réapparition des crises qui entraînent une altération marquée de l'état général.

M. le Professeur Villard appelé, constate un estomac dilaté, une région vésiculaire douloureuse, du subictère, et n'ayant pas observé la malade en crise pose le diagnostic de sténose pylorique d'origine biliaire.

Première intervention le 5 mars 1904. — La vésicule est de volume normal, ses parois non altérées, on ne sent aucun calcul — pas d'intervention sur la vésicule — on fait une dilatation digitale du pylore par refoulement.

Suites opératoires simples ; amélioration passagère, puis réapparition des crises qui rendent l'existence de la malade intolérable.

Le 14 avril 1904. — M. Villard assiste à une crise et sent une très grosse vésicule descendant jusqu'à 15 centimètres au-dessous du rebord des fausses-côtes et présentant des contractions péristaltiques indubitables ; au bout d'une heure la vésicule biliaire avait repris progressivement son volume normal. Les douleurs avaient diminué parallèlement puis disparu. Le diagnostic ferme d'oblitération intermittente du cystique par calcul biliaire ou par torsion du conduit est posé

Deuxième intervention le 21 avril 1904. — La vésicule est légèrement distendue, pas de signes de torsion. On pratique une cholécystotomie qui permet, après l'évacuation d'un contenu biliaire normal de découvrir profondément caché dans le canal cystique un *très petit calcul mûriforme* du volume d'une grosse tête d'épingle, calcul unique et sans facettes.

La vésicule est fixée à la partie profonde de l'incision abdominale, un drain est laissé dans l'ouverture.

Suites simples ; oblitération spontanée de la fistule trois semaines après.

Onze mois après : depuis l'intervention les crises ont disparu, il ne persiste aucune douleur, aucun trouble digestif et la malade a repris son embonpoint.

OBSERVATION II

(Professeur VILLARD)

Monsieur D..., 44 ans, agent d'assurances.

A toujours présenté une bonne santé habituelle ; depuis deux ans sont survenues des crises douloureuses à siège épigastrique interprétées comme d'origine stomacale.

Depuis un an ces crises ont revêtu un caractère d'extrême violence obligeant le malade à se coucher et à faire usage de la morphine ; ces crises surviennent très irrégulièrement sans prodromes et sans que le malade ait trouvé dans son alimentation une cause étiologique.

Leur siège est épigastrique avec irradiation dans le dos et dans la région sous-costale droite.

Leur début se fait le plus habituellement dans l'après-midi ou dans la première moitié de la nuit, elles s'accompagnent assez souvent de vomissements, ceux-ci du reste provoquent souvent la sédation des phénomènes douloureux.

L'examen objectif montre un peu de sensibilité de la région vésiculaire. Le foie n'est pas augmenté de volume, la vésicule n'est pas perçue, il n'y a jamais eu d'ictère ni de température.

La fréquence des crises rend au malade la vie impossible et surtout l'empêche d'exercer sa profession. Sa vie professionnelle, réclamant des rendez-vous à heure fixe est complètement entravée par la soudaineté des accidents. Bien que l'état général ne soit que peu altéré, le malade réclame instamment une intervention.

Intervention le 8 décembre 1904. — Laparatomie latérale sur le bord externe du droit, la vésicule apparaît petite, de coloration bleuâtre, sans signes de cholécystite et sa palpation ne révèle pas à première vue de concrétion calculeuse.

Par contre on perçoit dans le cystique de petits calculs fixés. Incision du cystique : extraction de quatre petits calculs mûrifformes de coloration jaune clair, séparés les uns des autres. Suture de rapprochement.

Cholécystostomie de drainage, tamponnement sous-hépatique.

Suites opératoires. — La guérison est obtenue en un mois. A partir de cette date, bien que le malade ait complètement abandonné les régimes sévères auxquels il était soumis, ses digestions sont devenues normales. Disparition totale des phénomènes douloureux. M. D... a depuis cette époque repris complètement sa vie active.

OBSERVATION III

(Professeur VILLARD)

Mme M..., 27 ans.

Entrée salle Gensoul le 6 octobre 1922, venant du service du Docteur Cade pour un ictère datant de un mois.

Pas de maladies de l'enfance.

Mariée, deux enfants en bonne santé, pas de fausses couches.

A la suite d'un accouchement, le 11 avril dernier : crise de coliques hépatiques, sans ictère ni température. A la suite de cette crise s'en produisent de nouvelles offrant les mêmes caractères que la précédente.

Le 23 août 1922 nouvelle crise qui dure huit jours, avec état subfébrile, 37°8, 38°.

Huit jours après apparition d'un ictère très foncé avec des selles mastic, les urines sont biliaires, il y a du prurit. Cet ictère subit des variations marquées sans cependant avoir jamais disparu depuis son installation. C'est dans ces conditions qu'elle entre à Sainte-Marie et qu'elle est envoyée dans le service du Professeur Villard.

A l'examen. — Ictère par rétention ; foie non augmenté de volume ; douleur au niveau du point cholédocien ; la vésicule n'est pas perçue ; bon état général, pouls à 80. Du 6 au 26 octobre la température se maintient aux environs de 37°5 le matin, 38° parfois le soir.

Intervention le 26 octobre (Professeur VILLARD). — Incision en L habituelle. Le bord inférieur du thorax est très fortement ogival. Le foie caché sous les fausses côtes, de consistance dure, sans adhérences, n'est pas mobilisable, probablement par brièveté des ligaments. Toutes les manœuvres se passeront donc dans la profondeur.

La vésicule est épaissie, blanchâtre ; on perçoit dans la région du cystique de petites concrétions calculeuses. Le cholédoque est médiocrement dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie. Le cholédoque ne contient pas de calculs, son cathétérisme est facile, mais la bile qu'il contient est noire, épaisse. Drainage sous-hépatique habituel.

L'examen de la vésicule montre des signes très accentués de cholécystite. Aspect velvétique de la muqueuse, gros épaississement de la sous-muqueuse et du péritoine. Bile gommeuse. Trois petits calculs mûrifomes sont énucléés par pression du cystique où l'un d'entre eux était particulièrement enclavé. Le plus gros a à peine le volume d'une tête d'épingle noire. En résumé il s'agit d'une cholécystite par lithiase du cystique et d'une angiocholédocite par infection propagée de la vésicule.

Le 28 octobre 1922. — La malade pendant 48 heures a présenté un état de dépression très marqué.

Le 14 décembre 1922. — La malade sort dans un état satisfaisant. Les suites ont été normales ; ablation des mèches le dixième jour, du drain le quinzième.

OBSERVATION IV

(Professeur VILLARD). — Recueillie par M. le docteur MICHON

Mme X..., 28 ans.

Antécédents personnels. — Très bonne santé dans l'enfance. Adénopathie cervicale pour laquelle la malade fit un séjour à Hyères. Pas de bronchite. Bon état général.

Mariée à 25 ans : Première grossesse et accouchement normal en décembre 1920. Enfant vivant bien portant.

Deuxième grossesse en juillet 1922. Enfant également en bonne santé.

Affection actuelle. — C'est il y a trois ans, après sa première grossesse que la malade signale l'apparition de crampes d'estomac. Mais les crises de colique hépatique n'ont débuté qu'après la première grossesse et douze jours après (1922).

Ces crises se manifestent par une douleur violente de l'hypocondre droit avec irradiation scapulaire, et cela *sans vomissements, sans ictère, sans fièvre.*

La deuxième crise survint deux semaines après.

Les crises se sont répétées, mais entrecoupées de périodes de calme de plusieurs mois, elles pouvaient se compter et duraient 24 heures.

Depuis la dernière grossesse l'état général déclinait et en mars 1923, on découvre une tuberculose pulmonaire, en juin examen des crachats et départ pour Hauteville.

Depuis septembre 1923, les crises sont devenues plus violentes et plus fréquentes (tous les huit jours), leur durée s'est accrue (quarante-huit heures). L'indication opératoire est formelle en raison de la fréquence des crises et de la nécessité d'alimenter la malade.

Intervention le 22 novembre 1923 (Professeur VILLARD). — Un petit calcul mûriforme du cystique, fixé, oblitérant complètement le canal. Vésicule distendue et muco-purulente, un ganglion caséux et plusieurs ganglions calcifiés le long du cholédoque. Cholécystectomie rétrograde.

Suites opératoires. — La malade a succombé le 24 février 1924, le décès est vraisemblablement dû à des manifestations granuliques.

OBSERVATION V

(Professeur VILLARD). — Recueillie par M. le Docteur MICHON

Mme X..., entrée dans une clinique privée en décembre 1923.

Deux grossesses. Aucun antécédent pathologique. Excellente santé habituelle. Signale des crises d'urticaire violentes d'origine alimentaire et cela depuis plusieurs années.

Affection actuelle. — Le début remonte à trois ans. Depuis cette époque la malade présente une douleur subaiguë dans l'hypocondre droit. Cette douleur est vague, diffuse, survient par périodes et dure plusieurs jours. jamais elle n'a gêné sa vie habituelle. Pas de vomissements, pas de fièvre, pas de relations avec l'alimentation. Cet état a duré deux ans, c'est-à-dire jusqu'au début de 1923.

La première crise douloureuse véritable date du 15 janvier 1923 et marque le début de la période actuelle.

Brusquement, sans prodromes, à 10 heures du soir, la malade a été réveillée par une douleur subite thoracique droite et gauche qui a duré jusqu'à 7 heures du matin. Pas de vomissements.

Deux semaines après, *deuxième crise*, aussi violente, analogue à la première, avec vomissements, suivie peu de temps après d'une *troisième crise*.

Répît de trois semaines.

Puis *cinq nouvelles crises* successives jusqu'à la date du 6 avril, malgré le régime très sévère que suivait la malade, qui, à cette époque, avait déjà maigri de 10 kilos.

Nouveau répît de trois mois : avril-mai-juin.

Fin juin, réapparition de la crise qui change de caractères. Elle était de type thoracique, sans vomissements, elle devient plus typique : localisée au creux épigastrique, elle s'accompagne de vomissements, conservant à peu près la même durée : une heure et débutant vers une heure de l'après-midi ou vers dix heures du soir.

L'état s'aggrave, les crises se rapprochent (tous les deux jours parfois), aussi depuis le 27 avril la malade est au repos absolu au lit, avec glace sur le ventre, s'alimentant uniquement au bouillon de légumes.

Malgré ce traitement, continué jusqu'à la date de l'opération (8 décembre), les crises surviennent régulièrement tous les dix jours.

Pour compléter ce tableau clinique ajoutons que la malade n'a présenté qu'un *subictère léger et passager* après quelques crises, elle *n'a jamais eu de fièvre*. La *vésicule n'a jamais été perçue*, il existe un point douloureux vésiculaire très net. Le foie n'est pas augmenté de volume.

En résumé : Début brusque, répétition et aggravation progressive des crises, périodes de rémission, horaire post prandial.

Devant la persistance des crises et de la douleur provoquée, on se décide à l'intervention. La malade a maigri de 20 kilos en un an et depuis plus de trois mois est au lit et se nourrit uniquement de bouillons.

Intervention le 8 décembre 1923 (Professeur VILLARD) ; aide : Docteur MICHON. — Vésicule peu distendue de cholestite chronique adhésive, intimement adhérente au colon et à l'épiploon qui s'attache au niveau du fond par une frange large de deux travers de doigt.

Un petit calcul mûriforme du cystique, non perçu à la palpation du cystique, mais qui s'échappe au moment de la section du canal. Calcul très petit, du volume d'un grain de mil.

Cholécystectomie rétrograde.

Suites opératoires. — Simples ; reprise de l'alimentation, suppression des crises.

OBSERVATION VI
(Professeur VILLARD)

Mme C..., 35 ans.

4 grossesses et 1 fausse-couche. Aucun antécédent pathologique.

Depuis l'adolescence, a été sujette à des migraines avec vomissements accompagnés de douleurs à l'épigastre.

Elle a présenté depuis l'âge de 20 ans des phénomènes gastralgiques à caractères intermittents, paraissant relever certainement d'accidents lithiasiques frustes.

Dans ces cinq dernières années, à plusieurs reprises, elle a présenté des troubles intestinaux qualifiés d'entérite et caractérisés par des alternatives de constipation et de diarrhée.

Dernier accouchement le 21 mai.

Le 25 juin. — Grande crise de coliques hépatiques nécessitant une injection de morphine. Les crises se répètent tous les 2 ou 3 jours, très violentes jusqu'au 15 août.

A cette date. — Crise la plus violente qu'ait subie la malade, suivie d'un léger ictère pendant 4 ou 5 jours, jamais de fièvre.

A la suite de cette crise, le calme fut complet jusqu'à la fin novembre, période pendant laquelle la malade fait une saison à Vichy.

Nouvelle crise très violente le 28 novembre, d'une durée de 24 heures ; accalmie jusqu'au 5 janvier.

A partir de cette date, crises violentes se succédant dès lors presque tous les jours ; examinée à ce moment, la région sous-hépatique est un peu douloureuse, la vésicule n'est pas sentie, mais la palpation est rendue difficile par l'adiposité de la malade ; très léger subictère, pas de fièvre.

La répétition des crises, l'impossibilité d'une alimentation suffisante, font accepter une intervention qui est pratiquée le 24 janvier 1924.

Intervention : Incision de Mayo. Extériorisation assez facile du foie. La vésicule petite, légèrement blanchâtre à un aspect rétracté, la palpation ne permet tout d'abord de rien sentir. Ce n'est qu'en essayant de dégager le confluent que l'on perçoit enfin de petits calculs enchatonnés dans le cystique. Cholécystectomie rétrograde, sans incidents.

A l'ouverture de la vésicule : On trouve des lésions inflammatoires de la muqueuse. Le fond même vésiculaire est ulcéré et oblitéré par le parenchyme hépatique. Contenu sirupeux renfermant 4 petits calculs mûriformes, de la grosseur d'une tête d'épingle. Ils paraissent avoir été refoulés par les pressions et les tractions opératoires, un 5^e est resté enclavé dans une valvule.

Ces constatations anatomiques font penser qu'il y a eu au 15 août, élimination possible, par le cholédoque, d'un calcul ce qui expliquerait l'ictère passager et l'accalmie qui a suivi cette crise.

15 février. — Suites normales. Le pansement a été souillé de bile pendant 48 heures. Ablation des mèches au 10^e jour. La cicatrisation est actuellement à peu près complète, l'état général excellent, la malade va rentrer chez elle.

Conclusions.

I. — Les calculs rencontrés dans le canal cystique peuvent être : soit des calculs venus de la vésicule et momentanément fixés dans ce canal (calculs de migration) ou au contraire de petits calculs qui semblent y séjourner depuis longtemps et revêtent de ce fait une physionomie particulière, ce sont les petits calculs mûrifomes du cystique (calculs vrais).

II. — Ces calculs vrais du cystique, toujours petits, du volume maximum d'une tête d'épingle, sont mûrifomes, arrondis, mamelonnés et sans facettes, bien qu'on puisse en rencontrer plusieurs.

III. — Ces calculs sont souvent uniques, leur nombre ne dépasse pas trois ou quatre, ils se trouvent logés dans les replis des valvules de Heister, entre lesquels ils sont enchatonnés, oblitérant quelquefois complètement le canal ou ne laissant passer que très difficilement la bile.

IV. — Dans la forme pure, la vésicule est de petite dimension ; dans les formes atypiques, elle peut se laisser distendre de façon intermittente, ou présenter des lésions inflammatoires de cholécystite.

V. — Cliniquement la lithiasse vraie du cystique est caractérisée par des crises extrêmement violentes, répétées, survenant en série, sans distension vésiculaire, sans signes locaux nets ; elle ne s'accompagne ni de fièvre, ni d'ictère.

Dans les formes atypiques, elle peut réaliser les syndrômes d'hydropisie intermittente, ou de cholécystite atténuée ; exceptionnellement on pourra trouver un ictère très léger et fugace.

IV. — Le diagnostic de calcul du cystique ne sera jamais qu'un diagnostic de probabilité, qu'on pourra porté comme variété possible d'une lithiasse vésiculaire ; il sera fondé sur le contraste qui existe entre l'intensité des crises douloureuses et l'absence de phénomènes locaux et généraux.

VII. — Le traitement de choix sera la cholécystectomie rétrograde, la cholécystostomie pouvant être insuffisante et la cysticotomie étant plus complexe que l'ablation et moins sûre au point de vue des résultats éloignés.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu :

VILLARD

LE DOYEN,

Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4^{er} Mars 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation,

Le Doyen de la Faculté de Droit,

JOSSERAND

Bibliographie.

- BAUDOIN (Marcel). — Les opérations pratiquées sur le canal cystique. (*Gazette des Hôpitaux*, 1898.)
- COTTE (Gaston). — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire. (*Thèse de Lyon*, 1908.)
- CHAUFFARD (A.). — Leçons sur la lithiase biliaire, 1919.
- DOLBEAU. — Calcul biliaire enchatonné dans les parois du canal cystique. (*Bulletin Société anatomique*, 1854.)
- FAURE (Jean-Louis). — Quelques points de l'anatomie du canal cystique. (*Bulletin Société anatomique*, 1892.)
- GUÉNIOT. — La lithiase vésiculaire, ses formes anatomiques envisagées au point de vue chirurgical. (*Thèse de Paris*, 1903.)
- E. R. MC GUIRE (Buffalo). — 250 opérations sur la vésicule et les canaux biliaires. (*Surgery-Gynecology and obstetrics*, 1920, tome XXXI.)
- GILBERT. — La colique vésiculaire. (*Journal médical français*, avril 1914.)
- GOSSET. — « Sur le mode de formation des calculs biliaires de cholestérine ». (*Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, décembre 1921.)
- HARTMANN. — Travaux de chirurgie, 5^e série : Chirurgie des voies biliaires, 1923.
- JABOULAY. — Clinique chirurgicale, 1904.

GUY, LAROCHE et G. RONNEAUX. — L'exploration radiologique des voies biliaires. (*Journal médical français*, mai 1923.)

MOCQUOT. — L'état de la vésicule dans les obstructions des voies biliaires. (*Thèse de Paris*, 1909.)

POLICARD. — Sur quelques données histophysiologiques concernant les mécanismes fonctionnels et pathologiques de la vésicule et des voies biliaires. (*Lyon Chirurgical*, novembre-décembre 1922.)

PÉRAIRE (Maurice). — Calculs biliaires dans le canal cystique, dans le canal cholédoque et dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la vésicule biliaire. (*Revue de chirurgie*, 1903.)

SCHWARTZ. — Chirurgie du foie, 1900.

TRIPPIER et PAVIOT. — La péritonite sous-hépatique d'origine vésiculaire.

E. VILLARD et G. COTTE. — De l'hydropisie intermittente de la vésicule par oblitération du canal cystique. (*Revue de chirurgie*, 1906.)

E. VILLARD. — *Mémoires de Chirurgie hépatique*, Lyon, 1914.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	11
Chapitre premier. — Quelques points de l'anatomie du canal cystique	15
Chapitre II. — Anatomie et Physiologie pathologique des calculs mûriformes du cystique.....	23
Chapitre III. — Etude clinique	37
Chapitre IV. — Diagnostic	49
Chapitre V. — Traitement.....	58
Observations.....	66
Conclusions	76
Bibliographie.....	78
